



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

Δ Ι Ο Ι Κ Η Σ Η  
6<sup>ης</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ  
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ-ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ  
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Διεύθυνση Ανάπτυξης Ανθρώπινου  
Δυναμικού  
Τμήμα Διαχείρισης Ανθρώπινων Πόρων  
Πληροφορίες Χριστίνα Σάββου  
Ταχ. Διεύθυνση Υπάτης 1, ΤΚ 26441  
Τηλέφωνο 2613600566  
e-mail x.savvou@dypede.gr

**ΘΕΜΑ: «Πρόσκληση ενδιαφέροντος για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηγουμενίτσας και για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φιλιατών»**

**ΣΧΕΤ:**

1. Την υπ' αριθμ. πρωτ. Γ4β/Γ.Π. οικ. 42234/07.08.2024 (ΦΕΚ 855/τ. Υ.Ο.Δ.Δ./09.08.2024), Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας περί διορισμού Διοικητή της 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου - Ιονίων Νήσων - Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.
2. Το αρ.41 του Ν.4058/2012 όπως αυτό έχει διαμορφωθεί με το αρ.34 του Ν.5161/2024
3. Τις διατάξεις του Ν.4238/2014
4. Την αριθμ. Γ4β/10873/23.04.2025 Υπουργική Απόφαση περί έγκρισης συνεργασίας για τις δομές που εντάσσονται στο ΕΔΥΨΥ, με πέντε (5) ιδιώτες ιατρούς ειδικότητας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ και ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, με καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών
5. Το γεγονός ότι δεν υπάρχει ενδιαφερόμενος ιατρός Ψυχιατρικής στους ηλεκτρονικούς καταλόγους επικουρικών ιατρών της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ

**Η Διοίκηση της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ για την κάλυψη των αναγκών της σε προσωπικό και για την προσήκουσα λειτουργία του Κέντρου Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηγουμενίτσας και των Εξωτερικών Ιατρείων Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φιλιατών, ενδιαφέρεται να συνεργαστεί με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ, με σύμβαση ανεξάρτητων υπηρεσιών, υπό καθεστώς έκδοσης δελτίου απόδειξης παροχής υπηρεσιών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες του/της, για χρονικό διάστημα έως ένα(1) έτος και ως ακολούθως:**

**ΤΥΠΟΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ ΙΑΤΡΟΥ**

**Η παροχή υπηρεσιών για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηγουμενίτσας ορίζεται σε δύο (2) φορές την εβδομάδα, ένα (1) οκτάωρο και ένα (1) τετράωρο και για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φιλιατών ένα (1) οκτάωρο την εβδομάδα.**

**ΚΟΣΤΟΣ ΕΤΗΣΙΑΣ ΑΠΟΖΗΜΙΩΣΗΣ: 17.000,00 €**

Αναφορικά με τον τύπο της απασχόλησης του συνεργάτη ιατρού:

Σύμφωνα με το άρθρο 5 του Νόμου 4498/2017 (άρθρα 3, 4, 5 και 17 παρ. 2, 3 και 4 της Οδηγίας 2003/88/ΕΚ), όσον αφορά την οργάνωση του χρόνου εργασίας:

«1.α) Καθιερώνεται, κατά κανόνα ως βάση για την οργάνωση του χρόνου εργασίας, η μέχρι δώδεκα (12) ώρες συνεχής εργασία με παρουσία στο χώρο εργασίας. Ως δώδεκα (12) ώρες συνεχούς εργασίας νοούνται: αα) οι επτά (7) ώρες του τακτικού πενθήμερου ωραρίου ακολουθούμενες από πέντε (5) ώρες ενεργής εφημερίας, αβ) οι δώδεκα (12) ώρες συνεχούς απασχόλησης τις καθημερινές κατά τις νυχτερινές ώρες με παρουσία στο χώρο εργασίας, αγ) οι δώδεκα (12) ώρες συνεχούς απασχόλησης κατά το Σάββατο, Κυριακή ή αργία με παρουσία στο χώρο εργασίας. Η συνεχής ή διακεκομμένη απασχόληση εντός του χώρου εργασίας και μετά από κλήση κατά τις εφημερίες ετοιμότητας δεν μπορεί να υπερβαίνει συνολικά το μέγιστο όριο των δώδεκα (12) ωρών.

β) Η ημερήσια ανάπαυση των ιατρών είναι υποχρεωτική και διάρκειας δώδεκα (12) συνεχόμενων ωρών ανά εικοσιτετράωρο. Η εβδομαδιαία ανάπαυση των ιατρών είναι σαράντα οκτώ (48) ώρες. Το διάλειμμα πέραν των έξι (6) ωρών εργασίας ορίζεται σε δεκαπέντε (15) λεπτά».

Σύμφωνα με τα ανωτέρω ο χρόνος ανάπαυσης λογίζεται ως παροχή υπηρεσίας και δεν περικόπτεται των αποδοχών.

## **1. ΓΕΝΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ**

Οι υποψήφιοι πρέπει:

I. Να είναι Έλληνες πολίτες. Δικαιούνται να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και πολίτες των Κρατών-μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης σύμφωνα με τα οριζόμενα στο ν. 2431/1996 (Α' 175).

Για τους πολίτες αυτούς απαιτείται η γνώση της Ελληνικής γλώσσας σε βαθμό επαρκή για την άσκηση των καθηκόντων του οικείου κλάδου, η οποία αποδεικνύεται με πιστοποιητικό ελληνομάθειας (ν. 4027/2011, άρθρο 9) που χορηγείται από το Κέντρο Ελληνικής γλώσσας: α) ΥΠ.Π.Ε.Θ., Ανδρέα Παπανδρέου 37, Τ.Κ. 151 0 Αθήνα, τηλ. 2103443384 και 2103442322 και β) Καραμαούνα 1, Πλ. Σκρά, Τ.Κ. 55132 Θεσσαλονίκη, τηλ. 2313331540 επιπέδου: Δ'/Γ1 (Σ.Ε.).

Επίσης αποδεικνύεται με αντίστοιχο πιστοποιητικό του Σχολείου της Ελληνικής γλώσσας του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, (Πανεπιστημιούπολη Θεσσαλονίκης Τ.Κ. 54 006, Τηλ. 2310/997571-72-76), το οποίο χορηγείται ύστερα από σχετική εξέταση του ενδιαφερόμενου ή από άλλη σχολή ή σχολείο Ελληνικής Γλώσσας. Δικαιούνται επίσης να εκδηλώσουν ενδιαφέρον και όσοι απέκτησαν την ελληνική ιθαγένεια με πολιτογράφηση αλλά δεν έχει παρέλθει έτος από την απόκτησή της, εφόσον, μέχρι την απόκτησή της ήταν υπήκοοι κράτους μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

II. Να έχουν την υγεία και τη φυσική καταλληλότητα που τους επιτρέπει την εκτέλεση των καθηκόντων της θέσεως που επιλέγουν.

IV. Κατά το χρόνο λήξεως της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων και κατά τον χρόνο του διορισμού:

α) Να μην έχουν καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.

β) Να μην έχουν καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.

γ) Να μην είναι υπόδικοι λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης, έστω και αν το αδίκημα παραγράφηκε.

δ) Να μην έχουν λόγω καταδίκης στερηθεί τα πολιτικά τους δικαιώματα και δεν έχει λήξει ο χρόνος που ορίστηκε για τη στέρηση.

ε) Να μην τελούν είτε υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) είτε υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων

στ) Να μην έχουν απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997

ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα του εργαζομένου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση.

Σημείωση: Η απονομή χάριτος δεν αίρει το κώλυμα από ποινική καταδίκη του υποψηφίου για διορισμό, εφόσον μέχρι την τελευταία ημέρα υποβολής των αιτήσεων δεν έχει εκδοθεί, κατά το άρθρο 47 παρ.1 του Συντάγματος, διάταγμα που να αίρει το σχετικό κώλυμα για το συγκεκριμένο υποψήφιο.

V. Οι άντρες μέχρι τη λήξη της προθεσμίας υποβολής των αιτήσεων να έχουν εκπληρώσει τις στρατιωτικές τους υποχρεώσεις ή να έχουν απαλλαγεί νόμιμα από αυτές κατ' αναλογία του άρθρου 5 του ν.2683/1999.

Εξαίρεση: Δεν απαιτείται εκπλήρωση των στρατιωτικών υποχρεώσεων για τους πολίτες κράτους-μέλους της Ευρωπαϊκής Ένωσης, για τους οποίους δεν προβλέπεται στη χώρα τους τέτοια υποχρέωση και έχουν πολιτογραφηθεί ως Έλληνες πολίτες.

VI. Να είναι εγγεγραμμένοι στην ΔΟΥ ως επιτηδευματίες.

VII. Να έχουν τους απαιτούμενους τίτλους σπουδών

### **1. ΚΥΡΙΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

**A. Αντίγραφο Πτυχίου Ιατρικής. Σε περίπτωση πτυχίου Πανεπιστημίου της αλλοδαπής απαιτείται το πτυχίο με τη σφραγίδα της Χάγης, η επίσημη μετάφρασή του και η απόφαση ισοτιμίας ΔΟΑΤΑΠ, όπου απαιτείται.**

**B. Αντίγραφο απόφασης άδειας άσκησης ιατρικού επαγγέλματος**

**Γ. Αντίγραφο απόφασης χορήγησης τίτλου ειδικότητας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ**

### **2. ΣΥΝΕΚΤΙΜΩΜΕΝΑ ΤΥΠΙΚΑ ΠΡΟΣΟΝΤΑ**

**1. Η εμπειρία συναφή με το αντικείμενο της προς πλήρωση θέσης.**

### **3. ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΑ**

Τα δικαιολογητικά που απαιτούνται και θα κατατεθούν με την αίτηση υποψηφιότητας είναι τα εξής:

1. Αίτηση – δήλωση υποψηφιότητας. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)
2. Αντίγραφο αστυνομικού Δελτίου Ταυτότητας
3. Υπεύθυνη δήλωση στην οποία να αναφέρονται τα οριζόμενα της παρ.ΙV) του αρ.1 της παρούσας. (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ)
4. Αντίγραφο πτυχίου. Όλα τα ξενόγλωσσα πτυχία και πιστοποιητικά θα πρέπει απαραίτητως να έχουν μεταφραστεί επίσημα στην ελληνική γλώσσα από τις αρμόδιες προς τούτο αρχές της ημεδαπής. Στα απλά φωτοαντίγραφα των ξενόγλωσσων πτυχίων και πιστοποιητικών θα πρέπει να φαίνεται και η σφραγίδα της Χάγης (APOSTILLE) που έχει τεθεί στο πρωτότυπο πτυχίο ή πιστοποιητικό.
5. Άδεια άσκησης Ιατρικού Επαγγέλματος.
6. Τίτλος αντίστοιχης Ιατρικής Ειδικότητας.
7. Βεβαίωση εγγραφής στον οικείο ιατρικό σύλλογο, στην οποία να βεβαιώνεται ο συνολικός χρόνος άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος, η ασκούμενη ειδικότητα και ο συνολικός χρόνος άσκησης της.
8. Πιστοποιητικά Υγείας από Παθολόγο και Ψυχίατρο.
9. Φορολογική ενημερότητα.
10. Ασφαλιστική ενημερότητα.
11. Βεβαίωση από την οποία να προκύπτει εγγραφή στη ΔΟΥ ως επιτηδευματίας
12. Σύντομο Βιογραφικό.

#### **4. ΥΠΟΒΟΛΗ ΑΙΤΗΣΕΩΝ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Οι ενδιαφερόμενοι καλούνται να υποβάλλουν αίτηση συμμετοχής η οποία επέχει και θέση Υπεύθυνης Δήλωσης μαζί με τα απαραίτητα δικαιολογητικά είτε αυτοπροσώπως, είτε με άλλο εξουσιοδοτημένο από αυτούς πρόσωπο, εφόσον η εξουσιοδότηση φέρει την υπογραφή τους θεωρημένη από δημόσια αρχή, είτε ταχυδρομικά με απόδειξη στη Διεύθυνση, **σε κλειστό φάκελο: ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ, 6 η Υγειονομική Περιφέρεια Πελοποννήσου – Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, Υπάτης 1 & Ν.Ε.Ο. Πατρών - Αθηνών, Πάτρα τ.κ. 26441, με την ένδειξη: «Για την πρόσκληση εκδήλωσης ενδιαφέροντος της Διοίκησης της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ, για συνεργασία με έναν (1) ιατρό ειδικότητας ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗΣ για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηγουμενίτσας και για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φιλιατών».**

**Η χρονική περίοδος υποβολής των αιτήσεων ορίζεται: από Παρασκευή 09/05/2025 έως και Παρασκευή 16/05/2025.**

Ως ημερομηνία κατάθεσης σε περίπτωση αποστολής των αιτήσεων ταχυδρομικώς, λογίζεται η ημερομηνία αποστολής του φακέλου, η οποία αποδεικνύεται από τη σφραγίδα ταχυδρομείου ή με αποδεικτικό της εταιρείας ταχυμεταφοράς, ο οποίος μετά την αποσφράγιση του επισυνάπτεται στην αίτηση των υποψηφίων. Αιτήσεις που θα υποβληθούν εκπρόθεσμα δεν θα ληφθούν υπόψη.

#### **5. ΕΠΙΛΟΓΗ ΥΠΟΨΗΦΙΩΝ**

Η τελική επιλογή θα γίνει από το Διοικητή της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας

6. Ο Διοικητής της 6ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου –Ιονίων Νήσων – Ηπείρου & Δυτικής Ελλάδας, ως πρώτος συμβαλλόμενος, διατηρεί το δικαίωμα καταγγελίας της σύμβασης σε περίπτωση διαπίστωσης ανεπαρκούς ή ελλιπούς παροχής υπηρεσίας του δεύτερου συμβαλλόμενου και προχωρά άμεσα σε αντικατάστασή του από τον αμέσως επόμενο υποψήφιο αυτής της ειδικότητας στο πίνακα κατάταξης, για το υπολειπόμενο χρονικό διάστημα και μέχρι συμπλήρωσης της διάρκειας δώδεκα (12) μηνών.

Η παρούσα αναρτάται στην ΔΙΑΥΓΕΙΑ και στην επίσημη ιστοσελίδα της Διοίκησης της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

**ΗΛΙΑΣ ΘΕΟΔΩΡΟΠΟΥΛΟΣ**

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι)

**ΑΙΤΗΣΗ-ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ**

για την πρόσληψη ενός (1) ιατρού ειδικότητας Ψυχιατρικής, χρονικής διάρκειας δώδεκα (12) μηνών, με καθεστώς έκδοσης δελτίου παροχής υπηρεσιών για το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Ηγουμενίτσας και για τα Εξωτερικά Ιατρεία Ψυχικής Υγείας Ενηλίκων Φιλιατών

**ΕΠΩΝΥΜΟ:**

**ΟΝΟΜΑ:**

**ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ:**

**ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:**

**ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ:**

**E-MAIL:**

**ΤΑΧ. Δ/ΝΣΗ:**

A) Δηλώνω υπεύθυνα **ότι αποδέχομαι τους όρους της** αριθμ. πρωτ.

Πρόσκλησης

Ενδιαφέροντος της Διοίκησης της 6<sup>ης</sup> ΥΠΕ, και υποβάλω την πρότασή μου

B) Διαθέτω όλα τα δικαιολογητικά που αποδεικνύουν όσα αναφέρω στην παρούσα.

Γ) Για την ανάληψη του έργου και την είσπραξη της συμφωνηθείσας αμοιβής δεν συντρέχει κανένα κώλυμα στο πρόσωπό μου και σε αντίθετη περίπτωση, θα φροντίσω για την άρση κάθε κωλύματος για το σκοπό αυτό, εφόσον η παρούσα πρότασή μου γίνει δεκτή.

Επισυνάπτονται :

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

.....

.....

**Συνημμένα.....(αριθμός σελίδων)**

**Ημερομηνία**

**Ο ΑΙΤΩΝ/Η ΑΙΤΟΥΣΑ**


**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ**  
 (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ <sup>(1)</sup> :							
Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:			
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:							
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:							
Ημερομηνία γέννησης <sup>(2)</sup> :							
Τόπος Γέννησης:							
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:				Τηλ:			
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθ:	TK:
Αρ. Τηλεομοιτύπου (Fax):				Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις <sup>(3)</sup>, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

- α) Δεν έχω καταδικαστεί για κακούργημα σε οποιαδήποτε ποινή.
- β) Δεν έχω καταδικαστεί για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή και στην υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, απιστία δικηγόρου, δωροδοκία ή δωροληψία, καταπίεση, απιστία περί την υπηρεσία, παράβαση καθήκοντος, συκοφαντική δυσφήμιση καθ' υποτροπή ή εγκλήματα της γενετήσιας ελευθερίας ή οικονομικής εκμετάλλευσης της γενετήσιας ζωής.
- γ) Δεν είμαι υπόδικος λόγω παραπομπής με τελεσίδικο βούλευμα για κακούργημα ή για πλημμέλημα της προηγούμενης περίπτωσης.
- δ) Δεν έχω στερηθεί τα πολιτικά μου δικαιώματα
- ε) Δεν τελώ υπό στερητική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική), δεν τελώ υπό επικουρική δικαστική συμπαράσταση (πλήρη ή μερική) και δεν τελώ υπό συνδυασμό και των δύο προηγούμενων

στ) Δεν έχω απολυθεί από θέση δημοσίου υπαλλήλου ή υπαλλήλου Ν.Π.Δ.Δ., Ο.Τ.Α., ή Ν.Π.Ι.Δ. του άρθρου 14 του ν.2190/1994 όπως αντικαταστάθηκε με το 5 άρθρο 1 παρ.1 του ν.2527/1997 ή Ν.Π.Ι.Δ. της παρ.3 του άρθρου 1 του ν.2527/1997, λόγω επιβολής της πειθαρχικής ποινής της οριστικής παύσης ή λόγω καταγγελίας της σύμβασης εργασίας για σπουδαίο λόγο οφειλόμενο σε υπαιτιότητα μου και δεν έχει παρέλθει πενταετία από την απόλυση

Ημερομηνία.....: 2025

Ο – Η Δηλ.